

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CLÍNICA EM PACIENTES COM HANSENÍASE

CLINICAL PHARMACEUTICAL ASSISTANCE IN PATIENTS WITH LEPROSY

Antunes, Emerson Chaves¹

GARCIA, Wagner Silvestre de Oliveira Albiol²

RESUMO

A hanseníase permanece como um grave problema de saúde pública no Brasil, este artigo avalia a estratégia da assistência farmacêutica clínica desenvolvida pelo farmacêutico em pacientes com hanseníase. Para melhor compreensão da pesquisa é realizada uma revisão bibliográfica, na qual buscou artigos dos últimos cinco anos, publicações de autores de 2001 a 2019. O objetivo desta pesquisa analisar os fatores que contribui para o diagnóstico da hanseníase, descrever os sintomas e as prevenções. O diagnóstico da hanseníase, causada pelo *Mycobacterium leprae*, encontra no método da baciloscopia um auxílio importante para a classificação operacional do paciente, tendo em vista o tratamento poliquimioterápico (tratamento PQT). Sua utilização no início da terapêutica e no momento da suspensão da medicação é prioritária no auxílio ao procedimento clínico a ser instituído.

Palavras-chave: Hanseníase; Doença; Saúde Pública.

ABSTRACT

Leprosy remains a serious public health problem in Brazil, this article evaluates the strategy of clinical pharmaceutical care developed by the pharmacist in patients with leprosy. To better understand the research, a bibliographical review was carried out, in which the author searched for articles from the last five years, publications of authors from 2001 to 2019. The objective of this research was to analyze the factors that contribute to the diagnosis of leprosy, to describe the symptoms and the preventions. The diagnosis of leprosy, caused by *Mycobacterium leprae*, finds in the bacilloscopy method an important aid for the patient's operational classification, considering polychemotherapy treatment (MDT treatment). Its use at the beginning of therapy and at the time of suspension of medication is a priority in aiding the clinical procedure to be instituted.

Keywords: Leprosy; Disease; Public health.

¹Artigo apresentado à MáxPós, Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Farmácia Clínica e Prescrição Farmacêutica

² Docente Pós-graduação *Lato Sensu* em Farmácia Clínica e Prescrição Farmacêutica

INTRODUÇÃO

Este artigo descreve a estratégia da estruturação da assistência farmacêutica clínica em pacientes com hanseníase. O trabalho do farmacêutico é orientado por meio da sua efetiva participação na equipe de saúde. Nesse cenário, ele tem que se apropriar do conhecimento do diagnóstico local (epidemiológico, demográfico, ambiental e sócio econômico), da população sob sua responsabilidade, da sua estratificação por riscos e da sua responsabilização por esta população, com definição de metas e avaliação de resultados.

Assim, estabeleceu-se que a assistência farmacêutica clínica deve: Estar fundamentada na responsabilização sanitária por uma população definida; Estar direcionada a assegurar a efetividade clínica, tendo a logística do medicamento como suporte; Aprimorar-se tecnicamente à execução das atividades assistenciais propostas por meio de um processo de educação permanente nos moldes da prática médica pautada em evidências clínicas; Priorizar a educação em saúde dos usuários, especialmente dos portadores de condições crônicas que requerem maior conhecimento sobre sua doença e sobre os medicamentos que utilizam (geralmente de uso contínuo); Compreender a importância das mudanças de comportamento no estilo de vida e da adesão aos tratamentos prescritos; Ser um educador para o autocuidado em saúde.

De acordo com Gomes *et al.* (2007) a assistência farmacêutica clínica com foco central de ação no paciente, estrutura-se em ações técnico-assistenciais e técnico-gerenciais, reelaborando suas estratégias e métodos de trabalho. Utiliza-se de recursos cognitivos para assistir ao paciente em suas necessidades de tratamento e cuidado, para acompanhar e avaliar a ação, interferência e resultado do uso de medicamentos e outras intervenções terapêuticas. Sua ação integrada com uma equipe multiprofissional e outras práticas da atenção à saúde contribui decisivamente para a melhoria da qualidade desta atenção.

A função principal da assistência farmacêutica clínica se concentra em atividades educativas, apropriadas de outros saberes e práticas, dando aos pacientes condições de melhor compreender a sua doença ou condição, a importância do seguimento adequado do seu plano de cuidado, a proposta terapêutica e uso correto dos medicamentos. Em seu conjunto de atividades educa, auxilia e dá suporte ao paciente no autocuidado planejado e na avaliação dos resultados de seu tratamento.

1 HANSENÍASE: SINTOMAS E AS PREVENÇÕES NECESSÁRIAS

A hanseníase é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, “um parasita intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, que se instala no organismo da pessoa, podendo se multiplicar” (BRASIL, 2004, p. 16). A multiplicação do bacilo ocorre lentamente, podendo ocorrer entre 11 e 16 dias.

Segundo Brasil (2004), como contágio, a única fonte de infecção são as pessoas. A transmissão ocorre a partir de uma pessoa doente, que tem o bacilo de Hansen, quando não tratada, por meio da eliminação do vírus pelas vias mucosa nasal, orofaríngea e lesões de pele. As vias de penetração do bacilo são a mucosa nasal e a pele com solução de continuidade.

Conforme Brasil, (2004, p. 16), a hanseníase é:

Uma doença infecto-contagiosa, de evolução lenta, que se manifesta, principalmente, através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões de pele e lesões de nervos periféricos, principalmente nos olhos, nas mãos e nos pés. O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença e lhe dá uma grande potencial para provocar incapacidades físicas, que podem evoluir para deformidades.

Essas incapacidades e deformidades podem diminuir no doente a capacidade de trabalhar, limita sua vida social, suscita problemas psicológicos, estigma e preconceito contra a doença.

Segundo Brasil (2004), as lesões mais comuns são: manchas esbranquiçadas ou avermelhadas – mudança na cor da pele, sem relevo; pápulas – lesão sólida, com elevação superficial e circunscrita, medindo até 1 cm; infiltrações – mudança na densidade da pele, de forma disseminada; tubérculos – lesão sólida elevada (“caroços” externos) e nódulos – lesão sólida, não tanto visível, mas palpável. A característica principal das lesões de pele da hanseníase é a mudança na sensibilidade.

Segundo Dal’ Forno e Kuhl (2010), a hanseníase pode começar com uma ou mais manchas esbranquiçadas ou avermelhadas na pele, em qualquer parte do corpo. Os nervos da pele também são atingidos, por isso que os principais sintomas são manchas ou áreas da pele com dormência. Em cima da mancha ou mesmo fora delas a pele fica com a sensibilidade diminuída ou abolida ao calor. Na maioria das vezes as pessoas nem notam estas manchas porque elas não coçam, não doem e portanto não incomodam.

Outros sinais que podem ser encontrados são caroços ou inchações, localizadas principalmente nos cotovelos, nas mãos, na face e nas orelhas. Pode ocorrer obstrução nasal e rarefação dos pêlos da face (sobrancelhas, cílios e barba) e do corpo. Dependendo do tipo

clínico de hanseníase, durante o tratamento, podem ocorrer algumas complicações sendo mais freqüente a ocorrência de nódulos avermelhados e dolorosos na pele, febre, dores articulares e alterações nos exames laboratoriais. (VIRCHOW, 1860)

Raramente estes casos exigem internação hospitalar, sendo relacionados à uma resposta do organismo ao tratamento. (VIRCHOW, 1860)

Entre os doentes de hanseníase, o grau de resistência tem muita variação. Assim, o número de bacilos que cada qual pode abrigar no organismo é determinado por esse grau de variação, e o restante é eliminado para o meio externo, o que contamina outras pessoas se o indivíduo não estiver em tratamento quimioterápico.

É importante salientar que desde o contágio até os primeiros sinais ou sintomas da hanseníase podem passar vários anos. O período de transmissibilidade da hanseníase ocorre quando pacientes multibacilares estão sem tratamento (antes de iniciar o tratamento específico). Podendo transmitir pelas vias aéreas superiores (nariz). (PENNA, 2012)

Se confirmada a doença, deve-se iniciar imediatamente o tratamento evitando a transmissão para outras pessoas e qualquer incapacidade física para o doente. (PENNA, 2012)

Atualmente, existem medicamentos que curam a hanseníase. Sendo a primeira dose de rifampicina é capaz de matar as cepas variáveis da hanseníase em até 99% da carga bacilar de uma pessoa. Quanto mais cedo for iniciado o tratamento, mais rápida será a cura. Os doentes diagnosticados nas formas avançadas também serão curados após o tratamento. (FERREIRA, 2011)

De acordo com Penna e Pontes (2012), o período de incubação varia de meses a 30 anos, em média cinco anos, o mais jovem caso de hanseníase relatado foi de um bebê de 3 semanas de nascido.

Esse longo período de incubação é devido à características da hanseníase reproduzir-se lentamente por divisão binária simples a cada 14 dias, sendo, portanto, necessários vários anos para que um susceptível possa atingir uma carga bacilar suficiente para expressar doença clinicamente manifesta. (PENNA, 2012)

De acordo com Ferreira (2011), para eliminar a doença é necessário tratar a pessoa contaminada com o tratamento precoce e adequado, os agravos físicos podem ser evitados e até curados. Se o tratamento for tardio, a pessoa pode ficar com seqüelas, mesmo depois de curada a infecção. Neste caso, as deformidades não transmitem a doença.

A vacina BCG (contra tuberculose) é também aplicada nos familiares dos pacientes para oferecer mais resistência à doença. Outra forma eficaz de evitar o mal é alertar o paciente quanto a sua parcela de responsabilidade no tratamento. (VELLOSO, 2012)

Para os que são contagiantes, depois de pouco tempo de iniciado o tratamento, deixam de contagiar.

Para Alvarez & Ferreira (2015, p. 10) se faz necessário:

Descentralizar o atendimento ao portador de hanseníase com treinamento e capacitação das equipes do programa de saúde de família e profissionais de outros serviços [...], a fim de diagnosticar precocemente e tratar os casos existentes, além de implementar as atividades de prevenção e de controle da doença [...]. Por ser a hanseníase um grave problema de saúde pública. Outros estudos devem ser realizados a fim de ampliar o conhecimento da doença para mudar este quadro existente [...].

Nota-se o quanto se faz necessário o diagnóstico preciso, para que se possa tratar de forma eficiente este mal. Sabe-se também que há cura para a hanseníase, e é de suma importância precaver-se contra ela através de observações periódicas pelo corpo (VELLOSO, 2012).

De acordo com Alvarez e Ferreira (2015), a alta porcentagem de pacientes com incapacidades, no momento do diagnóstico, pode ser reflexo de diagnóstico tardio e também da prevalência oculta da doença. Também não podem ser descartados possíveis erros de avaliação do grau de incapacidade no momento do diagnóstico ou mesmo piora do grau de incapacidade durante o tratamento por questões técnicas.

Deixando erros gravíssimos no diagnóstico do paciente. Hoje, teoricamente, ele pode ser feito em postos de saúde. Mas sabe-se, que o problema é que a maioria dos médicos pouco sabe da doença.

Segundo Chaim (2016, p.84) “Muitos saem das faculdades, sem ter visto um paciente [...]. Para piorar, a enfermidade recebe apenas de quatro a oito horas de atenção durante os seis anos do curso de medicina”.

Talvez este seja uns dos motivos pelos quais alguns “médicos”, ao examinarem os pacientes, não gostam de dialogar, talvez por medo de não saberem a resposta. (ALVAREZ e FERREIRA, 2015)

Este entre tantos outros fatos é uma vergonha para a Saúde Pública do país. Pois a carência das pessoas menos favorecidas socialmente não deixam a elas escolha quanto ao médico que irá consultá-la, fazendo-a correr risco de vida nas mãos dos próprios “médicos” que as consultam.

Catarino e Moreira (2013, p. 10) enfatiza:

Quanto ao paciente fazer o tratamento de forma irregular, o problema mais grave é que o paciente terá a sua cura retardada ou incompleta e poderá apresentar deformidades físicas, ajudando a perpetuar o estigma da doença. Estudos demonstram a eficácia do tratamento PQT e mesmo sendo tomado de maneira irregular, continuam sendo vantajosos para os paciente.

Nota-se, que mesmo sendo tratado de forma tardia, há chances de cura para o indivíduo, porém, o que não se tem mais chance, é a possibilidade, de um diagnóstico preciso, o qual poderia ser feito logo nas primeiras consultas. Contudo, mais uma vez o portador da hanseníase fica à mercê do “médico”, incapacitado e despreparado, para tal doença. (FERREIRA, 2011)

Diante de tudo isso, é de se perguntar por que um país como o Brasil, orgulhoso de seu programa modelo de controle da AIDS, não consegue combater algo tão mais simples do que o HIV, um vírus que pode “pregar peças” na ciência com sua fantástica capacidade de mutação e ainda sem um remédio que o derrote definitivamente. Bem ao contrário o da hanseníase. (ORSI, 2017)

Sabe-se através de estudos e pesquisas que se um paciente tomar apenas uma dose do tratamento, a bactéria deixa de ser transmissível. Talvez isso acontece por se tratar de uma população excluída e que não é “prioridade” em seus governos. São pessoas sem poder aquisitivo, pessoas desprovidas de poses, (e por eles pensarem que estas pessoas não apresentam ameaça é que infelizmente lhes faltam o respeito e a compaixão). (ORSI, 2017)

Chaim (2016, p. 84) comenta:

Não há também uma rede eficiente para detecção da cadeia de transmissão da doença. Uma prova disso é o fato de que 10% dos novos casos registrados são de crianças. O índice mostra que os pequenos estão convivendo com muitos adultos não tratados, o que revela a existência de redes de contágio desconhecidas das autoridades públicas. A situação demonstra que, ou as crianças não estão tendo acesso ao sistema de saúde ou, se chegam a ser atendidas, o atendimento não é correto.

É evidente que faz-se necessário descentralizar o atendimento ao portador de hanseníase com capacitação das equipes do Programa de Saúde e profissionais de outros serviços a fim de diagnosticar precocemente e tratar os casos existentes, além de implementar as atividades de prevenção e de controle da doença. E ainda capacitar os médicos diplomados com cursos e atualizações quanto à doença a fim de que eles também possam “ajudar” verdadeiramente a erradicação da doença no país (CHAIM, 2016).

Esta falta de estrutura não acontece em fatos isolados, pelo contrário infelizmente acontece nos lugares com grande índice de proliferação da doença (CHAIM, 2016).

Alvares e Ferreira (2015, p. 9) salienta a importância do diagnóstico preciso e usa o exemplo de pessoas infectadas no município de Paracatu Minas Gerais fazendo um paralelo com relação ao tratamento:

A maioria dos pacientes sendo diagnosticados na forma dimorfa demonstra diagnóstico tardio [...] já os pacientes diagnosticados de forma polarizadas, demonstram alta prevalência da doença, pois deveriam ser diagnosticados na forma indeterminada, que é a inicial da doença. As reações hansênicas encontradas no diagnóstico (24,0%) e na alta (9,0%) mostram a necessidade de o serviço estar preparado para atender adequadamente os portadores da enfermidade em relação à prevenção de incapacidades [...].

Nota-se a gravidade do problema, o quanto pessoas estão sendo acometidas por tais doenças, e ainda sendo mal diagnosticadas e, quando é percebida a gravidade da doença, o paciente sofre por receber um tratamento tardio e muitas vezes inadequados (ALVAREZ e FERREIRA, 2015).

Este quadro deve-se também ao fato de o Brasil ser um país cujas relevantes diferenças culturais, geográficas e econômicas repercutirem nos serviços de saúde. Onde a falta de informações como de padronização dos prontuários dos pacientes, aliada à ausência ou a falta de credibilidade nos exames baciloscópicos e histopatológicos, pode tornar muito difícil a aplicação dos critérios sugeridos para diagnosticar ou diferenciar um caso de recidiva do quadro reacional, sendo esse um dos motivos que levam a reintrodução dos esquemas PQT. (ARAÚJO, 2013)

A falta de preparo em relação ao diagnóstico preciso da hanseníase, não é apenas um fato isolado no Brasil, ao contrário outros países também sofrem pela falta de um resultado concreto em relação à doença.

Velloso (2012, p.8) relata:

Em estudo realizado na Índia [...] foram observados 40.000 pacientes PB que concluíram o tratamento; 0,29% deles foram considerados recidiva de acordo com os critérios clínicos, mas foi percebido mais tarde que provavelmente muitos eram casos de reação reversa tardia. Isso foi confirmado em um estudo da Etiópia, em que mais da metade dos pacientes PB, que tinham sido diagnosticados como recidiva, na verdade apresentavam quadro reacional. Entre os pacientes MB também é frequente a reação reversa ser confundida com recidiva, mas a confirmação diagnóstica seria possível a utilização do exame baciloscópio, pela presença de bacilos íntegros, pela histologia e pela inoculação em pata de camundongo. Um problema comum no diagnóstico de recidiva é a realização de apenas um exame baciloscópio, [...]. Faz parte das normas de procedimentos dos programas para tratamento em hanseníase a realização de dois exames para confirmar o diagnóstico de recidiva, com a positividade do IM, ou do aumento de + 2 logs no IB.

Nota-se que a falta de preparo é um caso internacional em se tratando do mal diagnóstico por parte de médicos, notando-se portanto, a necessidade de pesquisas e preparo para diagnosticar a doença (mas claro não deve-se generalizar pois sabe-se que há excelentes médicos de competências inquestionáveis). Porém, por causa de alguns quanto ao despreparo vidas sofrem com este despreparo. (ARAÚJO, 2003)

Observa-se também a necessidade de intervenções pelo Programa de Controle da Hanseníase, com procedimentos para a vigilância de contatos em familiares de pacientes com suspeita de recidiva, bem como intervenção em áreas endêmicas, como foi mencionado anteriormente. (ARAÚJO, 2003)

2 TRATAMENTO DA HANSENÍASE

É realizado mediante a Poliquimioterapia (tratamento PQT) e do acompanhamento, tendo-se em vista o diagnóstico e o tratamento das intercorrências que podem acontecer durante ou depois do tratamento com PQT.

É com base nas informações adquiridas no processo de diagnóstico da doença que se tem início o tratamento integral, considerando, portanto: o tipo e as lesões da pele, as lesões neurais, e se é o caso de paucibacilar ou multibacilar. (BRASIL, 2004).

Caso o paciente não consiga bons resultados com o tratamento PQT, existem esquemas alternativos, no qual um ou mais medicamentos do esquema padrão são substituídos.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), há mais de meio milhão de pessoas com hanseníase em nove países, destes quase 100 mil só no Brasil. A Novartis em parceria com a OMS, assinaram a liberação de recursos e medicamentos, com distribuição gratuita aos portadores de hanseníase.

A parceria consiste na doação da multidrogaterapia (MDT) pela Novartis e mapeamento e distribuição em nível mundial pela OMS a todos os países, incluindo as áreas e comunidades mais afastadas atingidas pela doença. (ARAÚJO, 2003)

Desde 1985, mais de 14 milhões de pacientes foram curados com a multidrogaterapia (MDT). De 2004 para 2005, por exemplo, o programa conseguiu baixar em 38% a quantidade de pacientes com a doença no mundo. O número de novos casos detectados desde 2004 foi 21% menor do que o ano anterior. (ARAÚJO, 2003)

Além da parceria, a OMS atribui os resultados a comprometimento dos governos, com integração da patologia ao sistema básico de saúde. A hanseníase é um problema de saúde pública mundial, em países como: África, sudoeste da Ásia, e nas Américas, sendo o Brasil como já foi mencionado anteriormente ocupa o segundo lugar do mundo entre os países que sofrem com a patologia. (ARAÚJO, 2003)

O compromisso da Novartis (2006) é o desafio em atender aos atuais 240,6 mil casos em tratamentos e combater a doença. Ela é líder mundial em pesquisa e desenvolvimento de

produtos para prevenção de saúde e da qualidade de vida da população. Seu compromisso está relacionado em centrar-se na pesquisa e desenvolvimento de produtos para comunidades as quais serve.

Segundo a Novartis (2006, p.1) afirmou o Dr. Lee Jong-Wook, Diretor Geral da OMS: “A grande notícia é que milhões de pessoas foram curadas da hanseníase, [...] graças a esse tratamento simples e eficaz”.

É importante salientar o quanto essa parceria faz a diferença para os portadores da hanseníase, tornando-os mais felizes e com expectativas de vida.

De acordo com a Novartis (2006), Daniel Vasella, Presidente Mundial da Novartis afirmou:

É motivo de satisfação [...] o processo de eliminação da hanseníase. Para nós, é gratificante ver [...] o desenvolvimento de novos medicamentos é recompensada pela cura de pacientes. Esse sucesso nos dará uma motivação ainda maior para continuar a endêmicas nos países em desenvolvimento.

É satisfatório saber que há grupos como estes empenhados em ajudar o próximo através de iniciativas e parcerias como esta de nível mundial.

Segundo Ferreira (2001), quando mais cedo for iniciado o tratamento, mais rápida será a cura. A consulta, os medicamentos e o tratamento são gratuitos (como já mencionado).

As drogas clofazimina, a rifanpicina e a dapsona são oferecidas a todos os países com elevado número de casos pela ONG japonesa Nippon Foundation. O atendimento médico é feito em postos e centros de saúde. (FERREIRA, 2001)

É dever do governo atender todas as necessidades do paciente, incluindo a prevenção de incapacidades e reabilitação (ARAÚJO, 2003).

Seus direitos são garantidos pelas portadorias ministeriais nº 724/EM de 6/7/93, que instituiu o Comitê Técnico Assessor de Dermatologia Sanitária, do qual o Morhan participa como membro integrante, e nº 8141/CM, de 22/7/93, que regulamenta o tratamento da hanseníase no país. (NOVARTIS, 2006)

Hoje pode-se dizer que não há mais motivos para o desespero quanto detectada a doença no indivíduo, pois sabe-se que há cura e que o tratamento é gratuito. (ARAÚJO, 2003)

Contudo faz-se necessário que o indivíduo esteja atento à sua saúde, priorizando consultas médicas, afim de combater qualquer diagnóstico maléfico (ARAÚJO, 2003). De acordo com Penna e Pontes (2002), não é eticamente aceitável o uso de qualquer tratamento monoterápico na hanseníase, sendo imperativo a associação de drogas. Os pacientes devem ser tratados sob regime ambulatorial. Veja os esquemas recomendados nas tabelas abaixo:

Tabela 3 - Multidrogaterapia (MDT) OMS

Formas de Medicamentos	Paucibacilar	Multibacilar	Lesão única sem envolvimento de Tronco Nervoso (1)
Rifampicina (RFM)	600 mg, 1 vez por mês supervisionada	600 mg, 1 vez por mês, supervisionada	600 mg, em dose única, supervisionada
Dapsona (DDS)	100 mg/ dia auto-administrada	100 mg/ dia auto-administrada	-
Clofazimina (CFZ)	-	300 mg, 1 vez por mês, supervisionada + 100 mg em dias alternados ou 50 mg/ dia auto-administrada	-
Minociclina (Mino)	-	-	100 mg, em dose única supervisionada
Ofloxacina (Oflo)	-	-	400 mg, em dose única supervisionada

Fonte:(PENNA; PONTES, 2002, p. 6).

Este esquema (Tabela 3) é conhecido como ROM (Rifampicina, Ofloxocina e Minociclina) e deve ser exclusivamente para tratar pacientes PB com lesão, sem envolvimento de tronco nervoso. A OMS recomenda que seja aumentado o tempo de follow-up desse esquema que possa ser recomendado para uso em larga escala no campo. Atualmente ele pode ser utilizado por médicos experientes no manejo de paciente de hanseníase.

Tabela 4 - Doses Recomendadas por Faixa Etária

Medicamento Faixa Etária	RFM	DDS	CFZ	
			Auto-administrada	Supervisionada/mês
0 – 5	150 – 300 mg	25 mg	100 mg/ semana	100 mg
6 – 14	300 – 450 mg	50 – 100 mg	450 mg/semana	150 a 200 mg
> 15	Dose única	Dose única	Dose dupla	Dose Adulta

Fonte: (PENNA; PONTES, 2002, p. 6).

Duração do Tratamento:

Lesão única: dose única – ROM – com alta por cura no momento do diagnóstico, somente recomendado para centros de referência.

Paucibacilares: 6 doses mensais, em até 9 meses de tratamento.

Multibacilares: 12 doses mensais, em até 18 meses de tratamento.

Penna e Pontes (2002, p. 6) comenta:

Os casos multibacilares que iniciam o tratamento com numerosas lesões ou extensas áreas de infiltração cutânea poderão apresentar uma regressão mais lenta das lesões de pele. A maioria desses doentes continuará a melhorar após a conclusão do tratamento com 12 doses. É possível, no entanto, que alguns desses casos não demonstrem qualquer melhora e por isso poderão necessitar de 12 doses adicionais de MDT-MB.

É importante salientar que quando o diagnóstico é precoce o tratamento quimioterápico do paciente é adequadamente seguido, com orientações de auto-cuidado para prevenir incapacidades geralmente, a hanseníase não deixa seqüelas ou complicações. (PENNA e PONTES, 2002)

De acordo com Catarino e Moreira (2003), em relação aos efeitos colaterais mais comuns causados pelos medicamentos da PQT são: Urina avermelhada (Rifampicina); Coloração escura (parda) da pele (Clofazimina); Ressecamento da pele (Clofazimina); Raros casos de erupção com coceira na pele (Dapsona) e; Problemas gástricos (Dapsona, Rifampicina, Clofazimina).

Sabe-se que estes efeitos colaterais não persistem após o término do tratamento, salvo alguns efeitos como o ressecamento e a pigmentação escura da pele que levam um tempo maior para desaparecer após o término do tratamento. (PENNA e PONTES, 2002)

Com relação a alguns cuidados quanto ao período do tratamento Catarino e Moreira (2003) demonstra que a PQT, pode sim ser utilizado durante a gravidez, pois, estudos mostram que é seguro utilizar estes medicamentos na gravidez, não provocando nenhum problema ao feto.

E ainda durante o tratamento, assim como tantos outros na área de saúde, Catarino e Moreira (2003, p. 11) afirma “Não se deve ingerir bebidas alcoólicas, contudo, se o paciente for alcoólatra ou fizer uso de bebidas eventualmente, o mesmo deve ser orientado para não deixar de tomar a medicação”.

Desse ponto nota-se a preocupação dos médicos quanto ao tratamento, o qual não deve ser interrompido por hipótese alguma. Com relação a alimentação, não há nenhuma restrição a ser seguida, as pessoas podem continuar os seus hábitos alimentares normalmente. (CATARINO e MOREIRA, 2003)

2.1 Quanto as Formas Clínicas da Hanseníase

Segundo Dal' Forno e Kuhl (2010), a hanseníase se apresenta em quatro formas clínicas: Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa e Virchoviana. Estas duas últimas formas clínicas são contagiantes.

A diferença entre cada uma delas é relacionada ao número de lesões, grau de comprometimento dos nervos, órgãos acometidos e evolução. Todas as formas de hanseníase necessitam de tratamento, sendo que após iniciada a terapia, não são mais contagiantes (DAL' FORNO e KUHL (2010).

Contudo, todas são graves, pois provocam lesões irrecuperáveis nos nervos. A forma inicial, indeterminada, não é contagiosa. A tuberculóide também não é contagiosa, mas é grave. O paciente, entretanto, tem uma imunidade. Ele desenvolve a doença, porém sem bacilos (DAL' FORNO e KUHL, 2010).

As chamadas dimorfa e virchoviana são formas contagiosas. A dimorfa é a intermediária entre a tuberculóide e a virchoviana. Ela tem bacilos, mas não tanto quanto a virchoviana, que é a mais grave (FERREIRA, 2011).

Para Penna e Pontes (2012), as manifestações neurológicas são comuns a todas as formas clínicas. Na hanseníase indeterminada, não há comprometimento de troncos nervosos, expressos clinicamente. Na hanseníase tuberculóide, o comprometimento dos nervos é mais precoce e mais intenso. Na hanseníase virchowiana, aflora as lesões dermatológicas e das mucosas, ocorrem também lesões viscerais.

Nota-se pelas descrições acima mencionadas que a hanseníase é uma doença dermatológica, pois seus primeiros sinais e sintomas manifestam-se na pele, mas é também infecciosa, imunológica e neurológica. É doença grave e requer intervenção do estado, pois quando não adequadamente tratada pode incapacitar o indivíduo na fase etária economicamente ativa (PENNA e PONTES, 2012).

Penna e Pontes (2012) destaca alguns critérios de diagnósticos: **Diagnóstico Diferencial:** Eczemátide, nevo acromico, pitiríase versicolor, vitiligo, pitiríase rósea de Gilbert, eritema polimorfo, eritema nodoso por outras causas, granulosa anular, eritema anular, lúpus, farmacododermias, pelagra, sífilis. Alopecia areata, sarcoidose, tuberculose, xantomas e esclerodermias.

Tabela 5 - Diagnóstico de Hanseníase

Clínica	CARACTERÍSTICAS		
	Baciloscopia	Forma Clínica	Classificação Operacional para a Rede Básica
Áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipo-crônicas e/ou eritematohipocrônicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pelos Placas eritematosas, eritemato-hipocrônicas, bem definidas, hipo ou anestésicas, comprometimento de nervo. Lesões pré-foveolares (eritematosas, planas com o centro claro). Lesões foveolares (eritematopigmentares, de totalidade ferruginosa ou pardacenta) Eritema e infiltração difusas, placas eritematosas infiltradas e de bordas mal definidas, tuberculos e nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade	Negativa	Indeterminada (HI)	PB Até 5 lesões de pele
	Negativa	Tuberculóide (HT)	
	Positiva (bacilos e globais ou com raros bacilos) ou Negativa	Boderline (HD)	MD Mais que 5 lesões de pele
	Positiva (bacilos abundantes e globais)	Virchowiana (HV)	

Fonte: (PENNA; PONTES, 2012, p. 2).

Penna e Pontes (2012), enfatiza que em relação as formas clínicas da doença as formas: recidiva, paucibacilares e a multibacilares, também fazem parte desse quadro:

- Recidiva: a lepra não deixa imunidade em um paciente susceptível, mesmo depois de tratado regularmente, pode reinfecar-se. Suspeitando da forma recidiva.

- Paucibacilares: paciente que, após alta por cura, apresentar com dor em nervo não afetado anteriormente, novas lesões e/ ou exacerbações de lesões anteriores que não respondam à corticoterapia recomendada para tratar episódios reacionais do tipo 1, nas doses indicadas e no tempo adequado.

- Multibacilares: paciente que, após 5 anos de alta por cura, continuar apresentado episódios reacionais que não cedem à terapêutica com corticosteróide e/ ou tolidomida, nas doses recomendadas para tratar episódios do tipo 2. É importante considerar, que na recidiva, a confirmação baciloscopia, ou seja, a presença de bacilos íntegros e globais, ou IB maior que IB do momento da alta medicamentosa do paciente. (PENNA E PONTES, 2012).

Dessa forma pode-se observar que a ocorrência de episódio reacional após a alta do paciente não significa recidiva da doença. A conduta correta é instituir apenas terapêutica antirreacional (prednisona e/ ou talidomida).

Contudo todo caso de recidiva deve, após confirmação, ser notificado como recidiva e o paciente re-introduzido em novo esquema terapêutico. Onde os parâmetros para diferenciar e re-infecção não estão claros na literatura. (PENNA E PONTES, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hanseníase é uma das doenças mais antigas da humanidade, sendo evidenciada em descrições de povos antepassados como Egípcios e Romanos. Disseminou-se pela Europa durante as cruzadas na Idade Média e desde àquela época, até os dias atuais, os indivíduos acometidos pela enfermidade são frequentemente isolados, excluídos e abandonados por suas famílias e pela sociedade.

Atualmente é considerada como um problema de saúde pública apresentando-se de forma endêmica nas áreas tropicais e subtropicais do planeta, estando o Brasil incluído nesta realidade.

Concluí-se que este estudo sobre a hanseníase nos deu uma visão mais ampla sobre como devemos orientar as pessoas portadoras desta doença, e de que forma diagnosticar os sinais e sintomas da hanseníase. A hanseníase é uma doença de fácil cura, com um tratamento adequado a base de antibióticos específicos. De fato, se detectada precocemente, o tratamento é simples e dura apenas 6 meses.

Os resultados do estudo apontam para a permanência da hanseníase enquanto um problema de saúde pública na realidade brasileira, afetando pessoas de diferentes classes sociais. O diagnóstico tardio da hanseníase parece estar associado, de um lado, à falta de

capacitação dos profissionais de saúde nos serviços de saúde para diagnosticar precocemente a enfermidade e, de outro lado, ao estigma e ao preconceito associados à hanseníase, que favorecem o silêncio em torno da doença e a prática da automedicação, os quais contribuem para o agravamento dos sintomas antes da busca de ajuda médica.

O estudo realizado mostrou o conhecimento das quatro formas da hanseníase, hanseníase indeterminada, hanseníase tuberculóide, hanseníase virchowiana e a hanseníase dimorfa, também tivemos o conhecimento da epidemiologia e dos dados epidemiológicos da hanseníase no mundo e no Brasil.

A Hanseníase ocorre com maior frequência em países ou áreas pobres, mas não é uma doença de classe social. Não distingue entre ricos e pobres. Porém, certamente, fatores como a má alimentação, as condições habitacionais precárias ou o difícil acesso à saúde, favorecem o desenvolvimento das complicações da doença e das incapacidades.

Além do mais, o paciente hanseniano sofre de uma discriminação que se remonta a tempos bíblicos, por parte de um bom número de pessoas que desconhecem que esta é uma doença de difícil transmissão e frente a qual, o 95% das pessoas tem defesas imunológicas próprias, devidas a fatores genéticos. Isto significa que a maioria da população que entrar em contato com a bactéria, não desenvolverá a doença, pois está protegido naturalmente contra ela.

Para se atingir a meta da eliminação da doença no país é necessário que se envidem esforços em uma atuação conjunta dos governos federal, estadual e municipal na capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica e centros especializados visando ao diagnóstico precoce e ao tratamento da hanseníase. É fundamental também que se desenvolvam ações em educação em saúde visando informar e conscientizar a população sobre a doença, e sobretudo combater o estigma e o preconceito que recaem sobre as pessoas afetadas pela hanseníase.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, Rosicler Rocha Aiza; FERREIRA, Isaias Nery. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG 1994 a 2001. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 8, n. 1. São Paulo, 2015.

ARAÚJO, H. C. S. Contribuição à epidemiologia e prophylaxia da lepra no Norte do Brasil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 165, 2013.

CANTARINO, Gilson O'Dwyer; MOREIRA, Tadiana Maria Alves. **Respostas para as principais dúvidas sobre hanseníase**. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. 2. ed. Rio de Janeiro, 2013.

CHAIM, Célia. O drama da hanseníase no Brasil. **Revista Isto É**. Rio de Janeiro, n. 1905, p. 78-85, abril 2016.

DAL' FORNO, Taciana de Oliveira; KUHL, Isabel Cristina Palma. **Hanseníase**. Medicinal Temas em Saúde. Associação Médica do Rio Grande do Sul. 2010.

FERREIRA, J. et. al. Controle da hanseníase num sistema integrado de saúde. **Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana**, Washington, v. 95, n. 6, p. 507-515, 2011.

GOMES, C. A. P. (Org.). FONSECA A. L DA.; SANTOS F. J. P. DOS; ROSA M. B.; MACHADO M. C.; FASSY M. F. **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. Belo Horizonte: FUNED, 2007.

ORSI, Tânia. Hanseníase ontem e hoje. **Notícias da Ciência**. nº 72, 2017. Disponível em: <http://www.sciencenet.com.br>. Acessado em: 20 març. 2019.

PENNA, Gerson Oliveira; PONTES, Lígia Kerr. **Doenças infecto-contagiosa, crônica, curável, causada pelo mycobacterium leprae**. 2012.

VELLOSO, A. P.; ANDRADE, V. **Hanseníase: curar para eliminar**. Porto Alegre: Edição das autoras, 2012.

VIRCHOW, R. **Zur geschichte des aussatzes besonders**. In Deutschland nebet einer aufforderung na ärzte und geschichtsforscher. August Hirschward. Trad. Ana Zoé Schilling da Cunha. Berlim, 1860.